

常務理事	事務長	担当者

健康保険限度額適用認定申請書

UACJ 健康保険組合 御中

被保険者証記号番号 (被保険者手帳記号番号)		100 - 987654			
被保険者	氏名	健保 太郎	所属	地区名	名古屋
	生年月日	⑤ H 50年 2月 26日		所属名	製造部
適用対象者	氏名	健保 花子	被保険者との続柄	妻	
	生年月日	⑤ H・R 50年 3月 1日		性別	男・⑥女
被保険者(適用対象者)の住所		名古屋市〇〇区▽▽町*-*-*			

上記の通り健康保険限度額適用認定証の交付を申請します。

マイナ保険証を利用する場合、限度額適用認定証は不要となります(高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます)。
ぜひマイナ保険証をご利用ください。※本申請書は不要です。

- * 以下の場合は、限度額適用認定証を健康保険組合へご返却ください。
 - ・有効期限が切れたとき
 - ・有効期限内でも必要なくなったとき
- * 有効期限を過ぎても引き続き使用する場合は、限度額適用認定証を返却のうえ、更新をお申し出ください(更新時、申請書のご提出は不要です)。

